UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 30

LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LES LIAISONS EXTÉRIEURES A L'ENTREPRISE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 Novembre 1952

PAR

Yves MASREVERY

Diplômé de Physiologie et d'Hygiène appliquées à l'Éducation Physique et aux Sports,
Diplômé de Médecine du Travail

né le 18 Novembre 1925, à Auch (Gers)

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLÉE, Professeur ..... *Président*
CREYX, Professeur .....
L'ÉPÉE, agrégé ..... *Juges.*
LENG-LÉVY, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21-23, rue Teulère

1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1952-1953 — N° 30

LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LES LIAISONS EXTÉRIEURES A L'ENTREPRISE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mardi 18 Novembre 1952

PAR

Yves MASREVERY

Diplômé de Physiologie et d'Hygiène appliquées à l'Éducation Physique et aux Sports,
Diplômé de Médecine du Travail

né le 18 Novembre 1925, à Auch (Gers)

Examinateurs de la Thèse

MM. DERVILLÉE, Professeur ..... *Président*
CREYX, Professeur .....
L'ÉPÉE, agrégé ..... *Juges.*
LENG-LÉVY, agrégé .....

BORDEAUX
IMPRIMERIE RENÉ SAMIE
21-23, rue Teulère

1952

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, L. CHELLE
DOYEN : M. G. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. R. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :
MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPÉRIÉ, CHELLE.

PROFESSEURS

	MM.
Clinique médicale	CREYX.
id.	BROUSTET.
Clinique chirurgicale	PAPIN.
id.	MASSÉ.
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE.
Clinique gynécologique	MAGENDIE.
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY.
Anatomie	DUFOUR.
Anatomie générale et histologie	MAYER.
Hygiène et clinique de la tuberculose.	PIÉCHAUD.
Médecine légale et Médecine du travail	DERVILLÉE.
Electroradiologie et clinique d'électricité médicale	REBOUL.
Chimie	MESNARD
Matière médicale	GOLSE.
Pharmacie	VITTE.
Physiologie	FABRE.
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN.
Zoologie et parasitologie	SIGALAS.

	MM.
Pathologie générale et expérimentale	SARIC.
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	POUYANNE.
Clinique des maladies infectieuses	AUBERTIN
Chimie biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT.
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA.
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET.
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN.
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU.
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD.
Thérapeutique	

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), BLANQUET (Physique pharmaceutique).

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL.
Physiologie	Mlle ROUGIER.
Bactériologie	MOUSTARDIER.

	MM.
Pharmacie (1re Section)	R. GOLSE.
Pharmacie (2e Section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e Section)	CAZAUX.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Médecine générale	
id.	DUBARRY.
id.	F.-J. TRAISSAC.
id.	BERGOUIGNAN.
id.	LENG-LÉVY.
Chirurgie générale	
id.	LAUMONIER.
id.	CHAVANNAZ.
Obstétrique	MAHON.
id.	CHASTRUSSE.

	MM.
Ophtalmologie	BESSIÈRE.
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS.
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT.
Histologie	
Pédiatrie et puériculture	VERGER.
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE.
Electro-radiologie	LACHAPÈLE.
Odonto-stomatologie	
Urologie	LANGE.

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Médecine opératoire	LAUMONIER.
Accouchements	PERY
Puériculture	VERGER.
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI.
id.	COUSTOU.
Anatomie	RIGAUD.
Chimie générale et analytique	BABIN.
Cryptogamie	LAUBIE.

	MM.
Pharmacie galénique	
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE.
Chimie biologique	NEUZIL.
Pathologie chirurgicale	
id.	VILLAR.
Zoologie pharmaceutique	BAILANGER.
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX.

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE.

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

IN MEMORIAM

A Monsieur le Docteur F. RALU

Médecin en Chef de l'A. M. I.

En souvenir de la paternelle amitié qu'il nous portait.

A MES PARENTS

A MES BEAUX-PARENTS

Faible témoignage de ma reconnaissance pour les sacrifices qu'ils ont faits pour moi.

A MA FEMME

En gage de mon amour.

A MES ENFANTS

MEIS ET AMICIS

A Messieurs M. ANGLADE et A. LASSORT

Professeurs au Lycée Montesquieu

Qui, sans cesse, nous ont prodigué leur aide et leurs conseils, toujours empreints de la plus grande amitié.

A Madame H. BOUVILLE et a Monsieur J. BOUVILLE

Président Directeur général
de la Société des Instituts Hélio-Marins

En reconnaissance de la grande bienveillance qu'ils nous ont toujours témoignée

---

A Monsieur le Docteur J. MORA

Notre médecin.
En remerciement pour son dévouement et son amitié.

A Monsieur le Docteur BALLAN

Médecin du Travail de la S.N.C.F.
et de la Cellulose du Pin

Qui nous a inspiré ce travail et auprès de qui nous avons toujours trouvé une aide précieuse.

A NOS MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX

A NOS JUGES

A Monsieur le Professeur agrégé LENG-LÉVY

Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Ordre de la Libération
King's Medal for Courage in the Cause of Freedom

Hommage respectueux.

A Monsieur le Professeur agrégé L'ÉPÉE

Professeur agrégé de Médecine légale et de Médecine du Travail
Assistant de dermato-vénérologie des Hôpitaux
Officier d'Académie

Très respectueusement.

A Monsieur le Professeur CREYX

Professeur de clinique médicale
Médecin des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre
Officier de l'Instruction Publique

Qui nous a fait le très grand honneur de siéger parmi nos juges.

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur DERVILLÉE

Professeur de Médecine légale et de Médecine du Travail
Membre de la Commission internationale permanente
pour la Médecine du Travail
Chevalier de la Légion d'Honneur
Officier de l'Instruction Publique

En hommage très respectueux pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider cette thèse.

INTRODUCTION

« Tout le travail de l'homme, depuis l'orientation initiale jusqu'à l'heure lointaine du repos professionnel, tel est le domaine de la Médecine du Travail » (Pr MAZEL).

« Donner à chacun la tâche qui lui convient, empêcher le labeur de faire injure au corps, permettre à l'effort équilibré d'être un moyen d'épanouissement physique et moral, introduire un correctif biologique à la conception mécanique de la civilisation » (Dr BARTHE).

Essayer de définir plus clairement le domaine et les aspirations de la Médecine du Travail, serait présomptueux. Aussi telle n'est pas la tâche que nous nous sommes assignée.

L'Homme et le Travail, le couple homme-machine, représente un domaine immense, aux multiples aspects, une source d'étude inépuisable, un vaste champ à peine défriché en état de perpétuel remaniement.

Il y a à peine un siècle, l'avènement du machinisme amenait la création d'un terme nouveau : « productivité », et, à cette époque, ne comptait que l'économie dans l'utilisation de l'outillage et du matériel.

Cependant, peu à peu, les Pouvoirs publics s'émurent du gaspillage des santés et des vies humaines et une politique de la Santé s'élaborait, dans laquelle la Médecine du Travail devait trouver une place de première importance.

Un important édifice s'est peu à peu constitué et actuellement l'homme au travail est le point de convergence des efforts des divers éléments de cet édifice. Ces efforts tendent

tous à parfaire l'harmonie de la machine et de l'homme, aussi bien physique que social ou philosophique.

Comment collaboration et liaisons entre Médecine du Travail et les organismes s'occupant de ce couple se font-elles ?

C'est ce que nous nous sommes proposé d'étudier, nous limitant volontairement à celles de ces institutions, extérieures à l'entreprise, qui peuvent et doivent établir les rapports étroits avec les Médecins du Travail.

Nous envisagerons donc successivement les liaisons de la Médecine du Travail avec :

— La Sécurité Sociale ;

— L'Inspection du Travail et l'Inspection médicale du Travail ;

— Les Confrères : praticiens, spécialistes, confrères des autres entreprises ;

— L'orientation professionnelle.

Enfin, nous essaierons de faire le point d'une question qui reste toujours délicate : celle du secret professionnel dans le cadre de la Médecine du Travail.

CHAPITRE PREMIER

LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET LA SÉCURITÉ SOCIALE

JAQUESON, médecin-chef de l'Action Sanitaire et Sociale de la Caisse Régionale de Lyon, a écrit :

« Il n'est pas toujours aisé de dire où finit le domaine de la Sécurité Sociale et où commence celui de la Médecine du Travail. »

En effet, si le législateur a attribué à la Médecine du Travail « un rôle exclusivement préventif » (loi n° 46-21.95 du 11 octobre 1946),

— à la Sécurité Sociale, en plus de son rôle de réparation : « La Sécurité Sociale est destinée à garantir les travailleurs et leurs familles contre les risques de toutes natures susceptibles de réduire ou de supprimer la capacité de gain » (loi du 4 octobre 1945),

— il a attribué aussi un rôle de prévention : en font foi, l'ordonnance du 4 octobre 1945, la loi du 30 octobre 1946, l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 et le décret du 31 décembre 1946.

Cet immense domaine de la prévention que le législateur attribue donc à ces deux organisations semble devoir appeler une étroite collaboration. Si celle-ci n'est pas encore complètement réalisée, elle semble cependant en bonne voie.

Nous envisagerons successivement :

1° La prévention des atteintes d'origine professionnelle (accidents du travail, maladies professionnelles) ;

2° Le problème du reclassement ;

3° La prévention des fléaux sociaux.

I. — LA PRÉVENTION DES ATTEINTES D'ORIGINE PROFESSIONNELLE

1° Rôle du Médecin du Travail

a) *Dans la prévention des accidents du travail*

Un rappel rapide des facteurs générateurs d'accidents permettra de mieux comprendre comment le médecin du travail agira à leur encontre.

On les classe habituellement en trois grandes catégories :

— Le facteur matériel proprement dit ;

— Les conditions de travail et d'ambiance ;

— Le facteur humain.

Le facteur matériel.

En collaboration avec l'ingénieur de Sécurité, quand il existe, ou avec l'ingénieur chargé de la Sécurité, il est possible au médecin du travail de juger sur place, des dangers que peut présenter une machine, de l'efficacité des moyens de protection mis en œuvre.

Le facteur ambiance.

Là encore, pouvant à toute heure du travail, pénétrer dans un atelier, y observer tout à loisir les conditions de travail, il est seul capable de demander en toute connaissance de cause des modifications d'éclairage, de ventilation, de chauffage, etc...

Le facteur humain.

C'est certainement le plus important et le plus délicat à étudier.

Il appartient au médecin du travail seul, par le bilan « physio-psycho-pathologique » qu'il établit lors de la visite d'embauche, d'éliminer de certains postes les ouvriers dangereux pour eux-mêmes ou pour leur entourage : épileptiques, hypertendus, hyperémotifs, inattentionnés.

Il lui appartient de placer un sujet donné au poste lui convenant le mieux, car il faut considérer la visite d'embauche, non pas comme consistant en une sélection des forts par élimination des faibles, mais comme l'utilisation de chacun en fonction de ses aptitudes.

Enfin, par ses enquêtes sur les accidents, enquêtes faites en partant du principe que l'importance de ceux-ci n'est pas fonction de leurs suites réelles, mais des circonstances qui les ont provoqués, des conséquences qu'ils auraient pu avoir, le médecin d'entreprise est encore là le mieux placé pour établir les mesures adéquates.

b) *Dans la prévention des maladies professionnelles*

Au courant des techniques de fabrication, informé de la nature des produits utilisés, connaissant parfaitement les postes de travail comportant quelque risque, averti des accidents possibles résultant de la manipulation desdits produits, il est seul capable de déceler les premiers signes d'une intoxication.

Les examens d'embauche lui permettent d'éliminer des postes comportant des nuisances, les sujets par trop fragiles ou prédisposés ; les examens périodiques permettant de déplacer en temps voulu le sujet à la phase de pré-intoxication.

En association avec le Comité d'Hygiène et de Sécurité, le médecin du travail représente donc bien la pierre angulaire de tout l'édifice de la prévention.

2° Le point de vue de la Sécurité Sociale

Si, comme nous venons de le voir rapidement, le médecin du travail fait de la « prévention sur le tas », il ne peut en être de même pour la Sécurité Sociale.

Etudions, d'une part, ce que la Sécurité Sociale est en droit de faire et ce qu'elle fait en matière de prévention ; d'autre part, ce qu'elle projette de faire.

Attributions légales de la Sécurité Sociale en matière de prévention

L'ordonnance du 4 octobre 1945 portant organisation de la Sécurité Sociale, puis le décret d'application du 8 juin 1946, en créant les Caisses régionales, les chargent de :

« Promouvoir et coordonner la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles » (article 10-2°) ;

« Gérer un fonds de prévention des accidents du travail et maladies professionnelles » (article 14) ;

« Constituer des Comités techniques, chargés d'assister le Conseil d'Administration de la Caisse dans la gestion du risque et de la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles » (article 11) ;

« Engager des ingénieurs conseils et contrôleurs de Sécurité » (article 45).

La loi du 30 octobre 1946 et son décret d'application du 31 décembre précisent au titre II les dispositions essentielles contenues dans l'ordonnance du 4 octobre 1945, à savoir, la répartition de l'action en matière de prévention :

— A l'échelon entreprise : Comité d'Hygiène et de Sécurité et Service médico-social ;

— A l'échelon régional : Comités techniques régionaux et Service de prévention régional, composé d'ingénieurs conseils et de contrôleurs de Sécurité ;

— A l'échelon national : Caisses nationales de Sécurité Sociale assistées de Comités techniques nationaux et du Comité technique central de coordination.

Ce dernier échelon ne nous retiendra pas longtemps car, n'ayant pas de rapports directs avec les médecins du travail. Nous nous bornerons à rappeler que la Caisse nationale gère le fonds de prévention destiné à développer par le système de prêts toute institution s'occupant de prévention. Elle est secondée par les Comités techniques nationaux qui animent, coordonnent et contrôlent les Comités régionaux.

Beaucoup plus intéressante est l'étude des Comités techniques et du Service de prévention régional, ceux-ci devant avoir des rapports étroits, non pas directement avec le médecin du travail, mais avec les Comités d'Hygiène et de Sécurité dont le médecin d'entreprise est membre de droit.

Ces Comités techniques ont une composition paritaire comprenant pour moitié des représentants d'employeurs et de salariés, nommés par le Conseil d'Administration de la Caisse régionale.

Se réunissant au moins une fois par mois, ils s'occupent au nom de la Caisse, « de toutes les questions relatives aux accidents du travail et maladies professionnelles » (article 9 de la loi du 30 octobre 1940) : établissement de statistiques, études de problèmes de prévention, prescriptions de mesures préventives (dont l'inobservation peut entraîner pour l'employeur une augmentation des cotisations), attributions d'indemnités prélevées sur le fonds de prévention pour récompenser les efforts en matière de prévention, consentement aux entreprises à des avances destinées à améliorer la protection des travailleurs.

Les Services de prévention régionaux, eux, sont l'organe exécutif de la Caisse régionale en matière de prévention. Ses membres, ingénieurs conseils et contrôleurs de Sécurité, ont pour action :

— Le contrôle de l'application des prescriptions préventives ;

— Conjointement avec l'Inspecteur du Travail, les enquêtes sur les accidents du travail ;

— L'établissement de règlements préventifs visés par l'Inspecteur du Travail ;

— La propagation de l'esprit de sécurité.

Pour éviter des divergences d'action entre ces services et ceux de l'Inspection du Travail, l'arrêté du 15 mars 1948 a fixé les modalités de rapports avec les Comités d'Hygiène et de Sécurité :

— Deux membres du Comité d'Hygiène et de Sécurité, le Président et un représentant du personnel doivent entrer en contact avec les Comités techniques par l'intermédiaire des ingénieurs conseils et des contrôleurs de Sécurité (article 2).

— Au cours de l'étude d'un problème donné de prévention dans une entreprise déterminée, les membres délégués du Comité d'Hygiène et de Sécurité ci-dessus cités peuvent être entendus par les Comités techniques, soit à leur demande, soit à la demande de ces derniers (article 3).

— Avant d'effectuer une enquête dans une entreprise, les ingénieurs conseils ou contrôleurs de Sécurité doivent se présenter au chef d'entreprise et aux deux membres délégués du Comité d'Hygiène et de Sécurité. Ils peuvent être appelés à assister aux séances de ce Comité par le chef d'entreprise, après avis du Comité, auquel cas l'Inspecteur du Travail doit aussi en être averti.

Dans les établissements occupant plus de 500 salariés, un ingénieur conseil ou un contrôleur doivent obligatoirement, ainsi qu'un inspecteur du Travail, assister à la séance du Comité d'Hygiène et de Sécurité, au cours de laquelle est lu le rapport annuel (article 4). Un exemplaire de ce rapport doit être transmis aux Comités techniques.

Ceux-ci doivent, en retour, fournir aux Comités d'Hygiène et de Sécurité qui en font la demande, tous les renseignements, statistiques, documentation technique relatifs à des problèmes de prévention, renseignements qu'ils recueillent d'une part, par l'étude des travaux établis par les Comités d'Hygiène et de Sécurité des différentes entreprises (en application des décrets du 1er août et 11 août 1947), d'autre part, par les résultats de l'exploitation du fichier physio-pathologique de la main-d'œuvre par le Médecin Inspecteur du Travail.

La question des examens complémentaires

A l'heure actuelle, hormis les cas courants, poser un diagnostic sans faire intervenir le laboratoire apparaît presque comme une hérésie. Nous n'avons pas ici à faire le procès de la clinique ou du laboratoire. Leur association est, sans aucun doute possible, dans un grand nombre de cas très bénéfique. Et le Médecin du Travail doit être un des premiers à bénéficier de cette association.

Nous savons, en effet, que les conclusions d'un examen d'embauche par exemple, mettent en jeu la santé, parfois même la vie de l'ouvrier ou de ses camarades, l'activité d'un atelier, la conservation du matériel. Il est donc nécessaire, au cours de cet examen, d'établir un bilan physiopathologique complet. Pour cela, il arrive souvent qu'il faille faire appel au laboratoire. Cet appel se renouvellera fréquemment d'ailleurs, au cours des examens périodiques et même des examens de santé.

On peut, administrativement parlant, classer ces examens en deux catégories :

1° Les examens qui sont légalement à la charge de l'employeur ; ils sont de deux ordres :

a) L'examen radioscopique d'embauche (prévu à l'article 10 du décret du 26 novembre 1946) ;

b) Les examens de dépistage des maladies professionnelles ; ce sont, en particulier : la radiographie pulmonaire en vue de la prévention de la silicose, les examens hématologiques pour la prévention du benzolisme, saturnisme, etc...

Ces examens peuvent être pratiqués dans les laboratoires du choix de l'employeur et sont à la charge de ce dernier.

2° Les autres examens, qui n'ont pas été prévus par le législateur comme devant être à la charge de l'employeur et qui cependant peuvent être demandés par le Médecin du Travail ; ce dernier ayant en effet le droit de demander tout examen complémentaire qu'il juge utile, au même titre que le médecin traitant, car il n'agit pas alors au titre de « soins », mais au titre de prévention. Dans ce cas, c'est la Sécurité Sociale qui doit les prendre en charge.

Projets de la Sécurité Sociale en matière de prévention

Dans ce domaine, son rôle semble vouloir se borner à encourager le perfectionnement des méthodes de prévention et par conséquent à encourager de toutes manières les recherches de méthodes de prévention. A ce sujet, l'Institut National de Sécurité pour la prévention des accidents du travail et maladies professionnelles et la Caisse Nationale de Sécurité Sociale ont, dans leurs projets de créer un ensemble de laboratoires de recherches pour l'amélioration de la prévention ; en particulier, un laboratoire pour l'étude et l'homologation des machines, quant à leur équipement protecteur, homologation qui est faite actuellement par une commission spéciale siégeant près le Ministère du Travail et qui statue pour l'heure « sur dossiers ».

Considérant, en outre, qu'un des rôles du Médecin du Travail est de faire en sorte que chaque ouvrier soit véritablement apte au poste auquel on le destine, la Sécurité Sociale a l'intention de créer un centre de recherches où seraient poursuivies des études de physiologie du travail, plus particulièrement physiologie en fonction d'un poste déterminé.

Il est à noter d'ailleurs que dans ces projets, la Sécurité Sociale semble vouloir tenir grand compte des suggestions des Médecins du Travail.

II. — LE PROBLÈME DE LA RÉPARATION ET DU RECLASSEMENT

Tous les efforts doivent tendre et tendent d'ailleurs vers la prévention. Malheureusement, aussi parfaite soit-elle, le travail sera toujours, comme d'ailleurs certains individus, facteurs d'accidents ou de maladies.

Deux éventualités sont possibles :

1° L'accident n'entraîne pas d'arrêt de travail ;

2° L'accident ou la maladie (professionnelle ou non) entraîne un arrêt du travail.

1° Il n'y a pas arret de travail

Si, aux yeux de la prévention, l'accident du travail de la petite effraction épidermique au grand traumatisme n'a d'importance qu'en fonction des circonstances de production, il n'en faut pas pour autant le négliger quant à ses conséquences.

Une statistique étrangère portant sur 40.000 accidents montre que 21 % des plaies s'étaient aggravées parce que infectées. Si, dans les premiers jours, ces plaies souvent bénignes n'entraînaient d'arrêt de travail, elles y obligeaient quand même par la suite.

Par ailleurs, l'étude des statistiques américaines portant sur les accidents du travail montrent qu'il y en aurait environ dix fois moins que chez nous. Compte tenu de la façon dont sont établies ces statistiques (dans l'Etat de New-York, par exemple, ne sont déclarés que les accidents entraînant un arrêt de travail de sept jours au moins), compte tenu aussi de la psychologie assez particulière de l'ouvrier américain, il n'en reste pas moins que le nombre des accidents bénins s'aggravant par la suite est assez réduit.

L'explication semble résider dans le fait suivant, qu'ont bien observer les visiteurs étrangers :

S'il n'y a pas ou peu de services médicaux bien organisés dans l'industrie des U.S.A., par contre la grande majorité des entreprises possèdent une infirmerie bien équipée (*first aid*) ; l'ouvrier blessé est immédiatement dirigé vers elle et, dans la mesure du possible, reprend après pansement son poste de travail.

Ce fait n'a pas manqué d'attirer l'attention de la Sécurité Sociale : la Caisse régionale de Lille consacre chaque année

plusieurs dizaines de millions à fournir des pansements, objets de pansements et produits d'usage courant aux infirmeries d'usines.

Le résultat de cette expérience est le suivant : les dépenses actuelles de la Caisse en matière d'accidents du travail sont réduites au dixième des dépenses antérieures, sans même compter les frais afférents aux arrêts du travail.

De même dans la région nancéenne où la Caisse régionale, soucieuse à la fois de fournir à toutes les entreprises qui sont décidées à améliorer la dispensation de soins d'urgence, les produits nécessaires, mais aussi d'éviter le coulage, a chargé un médecin conseil de l'organisation et de la surveillance du fonctionnement de ces services d'infirmerie en même temps que du reclassement. Il en résulte, en plus des avantages financiers que nous avons signalés pour la Caisse de Lille, que s'établissent entre médecins du travail et Sécurité Sociale des contacts étroits.

2° Accidents ou maladies entraînant arrets de travail

Nous avons volontairement groupé sous la même rubrique les trois éventualités possibles d'arrêt de travail. Si, aux yeux de la prévention, elles offrent, quant à leur production, des intérêts très différents, il n'en est pas de même quant à leurs conséquences pour le Médecin du Travail. Examinons, nous plaçant au point de vue de ce dernier, les problèmes que posent l'ouvrier obligé pour une raison médicale ou chirurgicale quelconque de suspendre son activité.

Nous envisagerons ici le cas d'une suspension de travail suffisamment longue pour faire intervenir les médecins conseils de la Sécurité Sociale, nous réservant d'envisager au chapitre des rapports avec les médecins traitant le cas des arrêts de courte durée.

Du jour où l'ouvrier quitte l'entreprise jusqu'au jour où il y revient, le Médecin du Travail est tenu dans l'ignorance complète de ce qui se passe.

C'est pour lui presque un inconnu qui se présente pour la reprise du travail ; donc, pratiquement, c'est à un nouvel examen d'embauche, avec son bilan physio-pathologique aussi complet que possible que doit se livrer le Médecin du Travail afin de prendre les mesures qui s'imposent, c'est-à-dire trouver un nouveau poste de travail convenant le mieux et ce, dans le minimum de temps. Problème souvent difficile à résoudre. Or, les médecins conseils de Sécurité Sociale sont, en général, tenus au courant et souvent en détail de l'évolution de l'état pathologique de leur ressortissant. C'est à eux qu'il appartient en particulier d'entériner la fixation de la date de guérison ou de consolidation.

Il serait d'un grand intérêt pour le médecin d'entreprise d'être informé par le médecin conseil des renseignements que celui-ci possède et d'être averti quelque temps à l'avance du retour de l'ouvrier au sein de l'entreprise.

Mais, dans ce cas, on se heurte à la règle du secret professionnel. Nous verrons plus loin comment, dans le sens Médecine du Travail, Sécurité Sociale, le Comité Permanent de Médecine du Travail a tourné la difficulté. Dans le sens inverse, la Direction Générale de la Sécurité Sociale est formelle et tout artifice capable de résoudre le problème est exclu. La seule solution préconisée est le travail de commissions, travail d'équipes, d'ailleurs réalisé dans certains centres, comme Nancy en particulier.

Et cependant, on ne peut considérer le Médecin du Travail comme un contrôleur muni d'un pouvoir coercitif quelconque, bien au contraire, car son activité tout entière ne tend qu'à améliorer le sort du travailleur.

Il ne faudrait pourtant pas croire, jugeant sur cette position prise, que la Sécurité Sociale se désintéresse pour autant des questions de reclassement et de réadaptation. Il n'en est rien, mais là encore nous n'en sommes qu'au stade de projet ; nous n'en donnerons comme preuve que le projet, d'ailleurs avancé, de création à Paris, à l'Hôpital Cochin, et sous l'éminente direction du Professeur MERLE D'AUBIGNÉ, d'un centre de traumatologie avec services

connexes de gymnastique, physio-thérapie et récupération fonctionnelle. Il semble bien d'ailleurs, à ce sujet, que la Sécurité Sociale soit décidée à faire appel à la collaboration des Médecins du Travail, d'une part, quant aux suggestions qu'ils peuvent apporter à la maturation et à la réalisation du projet ; d'autre part, pour la marche même du Service lorsqu'il sera organisé.

Citons encore un autre projet, celui-ci beaucoup plus avancé car déjà décision est prise de créer, dans la région parisienne, un centre de récupération fonctionnelle identique au centre privé de Valenton (Seine-et-Oise).

III. — LA PRÉVENTION DES FLÉAUX SOCIAUX

Des examens de santé ont été prévus au titre de la Sécurité Sociale par l'arrêté du 19 juillet 1946 qui fixe les périodes de la vie auxquelles doivent être pratiqués ces examens prévus à l'article 31 de l'ordonnance du 19 octobre 1945.

Ces périodes sont fixées comme suit :

1re Entre 6 et 18 mois.
2e Entre 3 et 4 ans.
3e Entre 6 et 10 ans.
4e Entre 12 et 14 ans.
5e Entre 19 et 21 ans.
6o Entre 25 et 30 ans.
7e Entre 35 et 40 ans.
8e Entre 45 et 50 ans.
9e Entre 55 et 60 ans.

En attendant que l'équipement sanitaire soit suffisant, le législateur a prévu que les 6e, 7e, 8e et 9e examens seraient remplacés par deux examens pratiqués, l'un entre 25 et 30 ans, l'autre entre 45 et 55 ans.

Mais aussi, au titre de la Médecine du Travail, ont été prévus des examens de Santé périodiques et, bien qu'aux yeux de la Sécurité Sociale, ces examens « soient essentiellement différents..., ne comportant ni les mêmes protocoles, ni la même périodicité, il est recommandé aux Caisses de Sécurité Sociale, en vue d'éviter au maximum les doubles emplois, l'intervention de conventions avec les centres d'examens et dispensaires du travail, en vue d'organiser la coordination entre ces deux organismes ».

La communication aux Caisses des renseignements recueillis par le médecin examinateur, a été ainsi admise, en contre-partie même d'une rémunération.

Nous avons évoqué déjà plus haut la question du secret professionnel derrière lequel se retranche la Sécurité Sociale. Le Médecin du Travail aurait pu faire de même, mais le Comité Permanent de Médecine du Travail, arguant de l'intérêt de 15 millions de travailleurs, a préconisé la solution suivante qui permet de respecter le secret professionnel : transmettre au médecin conseil, et au médecin conseil seulement, à l'exclusion des médecins contrôleurs, tous les renseignements recueillis par *l'intermédiaire de l'intéressé lui-même.*

Il est à noter cependant à ce sujet une diffisulté qui n'a pas encore trouvé de solution idéale : le dossier médical officiel est jugé inutilisable par les médecins du travail et, dans ces conditions, ils préfèrent remettre à l'intéressé un double de la fiche qu'ils établissent lors de leur examen. C'est ce double qui pourra être remis par l'intéressé lui-même, s'il le juge bon, au médecin conseil.

Chapitre II

I. — LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET L'INSPECTION DU TRAVAIL

Sans entrer dans les détails de l'historique et de la structure des services de l'Inspection du Travail, rappelons simplement que la création de ce corps administratif trouve sa première ébauche en 1874, est consacrée en 1892 et finalement réorganisée par le décret du 27 avril 1946. Constitués par des Directeurs départementaux, inspecteurs principaux, inspecteurs du Travail, contrôleurs, Médecins-Inspecteurs du Travail (faisant l'objet d'un chapitre ultérieur) et tout un appareil administratif, ils prennent conseil des commissions départementales de la main-d'œuvre.

A l'origine, la préoccupation première de l'Inspection du Travail était la surveillance de l'hygiène des ateliers, la surveillance de l'emploi abusif des enfants et des femmes en particulier. Mais l'évolution des conditions économiques et sociales, depuis un demi-siècle, est venue apporter des tâches nouvelles : litiges entre employeurs et employés, embauche, débauche, conventions collectives, grèves...

Organisme à pouvoir coercitif, elle a qualité pour constater les infractions aux dispositions légales et réglementaires en vigueur, et les relever dans des procès-verbaux dont la transmission au Procureur de la République, précédée d'observation et de mise en demeure, entraîne le contrevenant devant la juridiction compétente.

En résumé, contrôle de l'application du Code du Travail et arbitrage des litiges, tels sont les rôles de l'Inspection du Travail vis-à-vis des employeurs et des employés.

Il en est de même vis-à-vis du Service médical d'entreprise :

1° Arbitrage : pour tous différends survenant entre le chef d'entreprise et le Médecin du Travail, du fait de l'application des dispositions contenues dans le décret du 26 décembre 1946 ; les décisions étant d'ailleurs prises après consultation du Médecin Inspecteur du Travail (articles 9, 16 et 18 du décret) ;

2° Contrôle : de l'installation, du fonctionnement et de l'activité du Service médical, contrôle assuré des trois manières suivantes :

a) Par l'agrément du Service médical ;

b) Par le rapport annuel du Médecin du Travail ;

c) Par les enquêtes effectuées sur place.

On voit donc qu'Inspection du Travail et Médecin du Travail entrent en contact direct :

a) Pour la ratification de la nomination de ce dernier ;

b) Fréquemment pour les enquêtes sur les accidents du travail, les maladies professionnelles, pour la consultation des registres spéciaux (benzolisme, saturnisme, caissons...) ;

c) Rarement pour l'arbitrage de litiges ;

d) Enfin, très rarement, par l'intermédiaire du Médecin Inspecteur du Travail, à la demande du Médecin du Travail, pour l'application du Code du Travail à l'encontre d'un chef d'entreprise récalcitrant.

II. — MÉDECINE DU TRAVAIL ET SERVICES DE MAIN-D'ŒUVRE PLACEMENT — RECLASSEMENT

L'organisation des services de main-d'œuvre remonte à 1904, par réaction du Gouvernement contre les abus des bureaux de placement payants. A la suite du dernier conflit, la valeur d'un tel organisme est apparu pour la mise en œuvre

d'une politique de plein emploi. Actuellement constitué dans chaque département ou groupe de départements, sous le nom de « Service Départemental de la Main-d'œuvre », sous l'autorité du Directeur départemental du Travail et de la Main-d'œuvre, il s'est assigné comme objectifs majeurs :

a) Procurer à un demandeur d'emploi donné la tâche la mieux en rapport avec ses connaissances, ses aptitudes, son état de santé ;

b) Rechercher pour un emploi vacant déterminé le travailleur capable d'y donner le meilleur rendement ;

c) Effectuer ces opérations en tenant compte des besoins futurs de main-d'œuvre, du chômage possible, de l'immigration..., autrement dit en prévoyant dans la mesure du possible les fluctuations du marché du travail.

Avec le Docteur GILLON, chef du Service de l'Inspection médicale générale du Travail et de la Main-d'œuvre, on peut classer la main-d'œuvre « flottante » en quatre catégories :

1° Les chômeurs, nord-africains, travailleurs étrangers ;

2° Les adultes candidats à la formation professionnelle d'adulte (F.P.A.) ;

3° Les jeunes (de 14 à 18 ans) ;

4° Les diminués physiques et psychiques.

Les deux premières catégories offrent relativement peu de difficultés : leur orientation ne pouvant se faire que vers un nombre limité de branches professionnelles.

Il n'en est pas de même pour les jeunes et les diminués, d'une part parce que l'éventail de choix est théoriquement assez fourni, d'autre part parce que c'est une main-d'œuvre qui nécessite une surveillance étroite de son devenir. En effet, les jeunes traversent une période délicate pour leur santé (primo-infection) ; il se pose aussi pour eux la question du choix du métier.

Quant aux diminués ou désadaptés, il faut souligner la difficulté à leur trouver un emploi où ils auront un rendement suffisant.

Fondées sur un examen médical complet :

— un examen psychotechnique, neuro-psychiatrique au besoin ;

— un interrogatoire complet sur le passé professionnel s'il y a lieu,

les conclusions doivent :

— Permettre au placier de juger de l'aptitude au poste proposé ou à un poste similaire ;

— Eventuellement indiquer quelle autre orientation serait médicalement souhaitable ;

— Donner au médecin de l'entreprise sur laquelle est dirigé le sujet les éléments nécessaires à une action souple ;

— Comporter d'une façon très évidente les contre-indications à ne pas négliger sous peine de risques.

A quelles occasions et comment le Médecin du Travail entrera-t-il en contact avec ces Services?

1° Par l'intermédiaire de la fiche de renseignements provenant du Service de main-d'œuvre et accompagnant le demandeur dans l'entreprise vers laquelle il a été orienté ;

2° Pour demander à ces Services de trouver un poste dans une autre entreprise à un ouvrier mutilé ou malade et pour lequel il n'y a plus, dans son entreprise, possibilité de replacement ;

3° Pour renseigner les Services de main-d'œuvre sur l'adaptation des sujets qui sont orientés ;

4° Pour donner tous renseignements sur les aptitudes réclamées par un poste de travail déterminé, afin de permettre un placement plus judicieux (ici apparaît une grosse difficulté, à savoir le manque d'unification quant à la qualification des postes de travail).

En résumé, le Médecin du Travail semble pouvoir jouer vis-à-vis des Services de main-d'œuvre un rôle de documentation et de conseils que ceux-ci paraissent prendre en considération.

III. — LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET L'INSPECTION MÉDICALE DU TRAVAIL

En vue d'assurer la coordination de tous les problèmes médicaux relevant des différentes Directions du Ministère du Travail et de la Sécurité Sociale, il est apparu nécessaire de créer un organisme spécial et cet organisme porte le nom d'Inspection Médicale du Travail et de la Main-d'œuvre.

Le décret du 16 janvier 1947 porte organisation de ce Service en fixant les cadres, les statuts et les attributions de son personnel.

Après avoir rappelé que les Médecins Inspecteurs du Travail sont recrutés, compte tenu de leur compétence en matière de Médecine du Travail, par voie d'engagement contractuel pour une durée de deux ans, avec possibilité de renouvellement, et qu'ils sont placés sous l'autorité administrative du Directeur départemental du Travail et de la Main-d'œuvre, envisageons les différentes tâches qu'ils assument :

1° En collaboration avec l'Inspection du Travail et les Comités techniques des Caisses régionales de Sécurité Sociale, ils exercent une surveillance des plus étroites de l'application de la législation se rapportant à l'Hygiène du Travail et la Protection de la Santé des Travailleurs ;

2° Ils étudient sur place l'efficacité des mesures prises en vue de la Protection des Travailleurs ;

3° Ils surveillent le fonctionnement des Services médicaux d'entreprises. Cette surveillance s'exerce de deux façons :

a) Par le rapport annuel que doit établir le médecin d'entreprise en application de l'article 18 (§ 2) du décret du 26 novembre 1946 et dont la rédaction doit être conforme à l'arrêté du 16 janvier 1952 ;

b) Par les visites d'inspection que peut faire les Médecins Inspecteurs du Travail dans les services médico-sociaux d'entreprises. Au cours de ces inspections, ils peuvent

consulter les différents registres et le fichier médical, car ils sont liés au secret professionnel médical ;

4° Ils jouent un rôle d'information auprès des Comités techniques en leur fournissant les renseignements qu'ils ont recueillis lors de leurs enquêtes sur place, sur les maladies professionnelles et les accidents du travail.

Conjointement avec la Sécurité Sociale, ils établissent les statistiques ressortant de l'exploitation du fichier physio-pathologique de la main-d'œuvre qu'ils doivent entretenir.

5° Ce rôle d'information, ils le jouent aussi vis-à-vis des Médecins du Travail, tant au point de vue technique qu'administratif ;

6° Ils sont des conseillers auprès des Directeurs du Travail dans le règlement des litiges que peuvent provoquer l'installation ou le fonctionnement des Services médicaux d'entreprises ;

7° Enfin, ils ont à examiner la « main-d'œuvre flottante » dont nous avons fait état au paragraphe précédent.

Signalons que pour l'exécution de ces tâches, le législateur leur a conféré, par le décret du 17 janvier 1947, les mêmes pouvoirs qu'aux Inspecteurs du Travail, sauf la possibilité de faire des « observations », « mises en demeure » ou de dresser des procès-verbaux. Par contre, nous l'avons vu, tenus au secret professionnel, ils ont droit de prendre connaissance des renseignements médicaux que détiennent les médecins d'entreprises.

On peut donc dire, en résumé, que trois rôles sont attribués aux Médecins Inspecteurs du Travail :

a) Un rôle de surveillance ;

b) Un rôle d'information :

— vers l'Administration centrale : les Médecins Inspecteurs généraux du Travail ;

— vers l'Inspection du Travail ;

— vers les Caisses de Sécurité Sociale ;

— vers les Médecins du Travail.

c) Un rôle de conseiller : dans l'examen de la « main-d'œuvre flottante ».

Il en résulte que les rapports qui seront établis entre l'Inspection Médicale du Travail et la Médecine du Travail peuvent être classés en deux grandes catégories :

1° Des rapports prévus par les textes légaux et qui sont par là même obligatoires :

a) Les uns sont périodiques : c'est le rapport annuel du Médecin du Travail qui en est l'élément fondamental ;

b) Les autres apériodiques : ils sont représentés d'une part, par l'agrément de l'installation du Service médical ou de toute modification apportée à celui-ci ; d'autre part, par l'Inspection et la Surveillance du fonctionnement de ces Services ;

c) Enfin, exceptionnellement, pour le règlement des litiges.

2° Des rapports qui ne sont pas prévus par la loi, qui ne sont donc pas obligatoires, mais dont l'expérience a montré la nécessité ; c'est le souci d'information qui guide ces liaisons, information réciproque d'ailleurs : le Médecin Inspecteur du Travail apprenant auprès de ses confrères d'usines toutes les questions particulières à chacune d'elles et les informant à son tour des constatations et des renseignements qu'il a en sa possession.

Ces rapports, qu'ils soient épistolaires ou directs, personnels, sont toujours de la plus grande utilité pour l'un comme pour l'autre.

Chapitre III

LIAISONS AVEC LES CONFRÈRES

Afin de permettre une meilleure compréhension des faits, il nous paraît utile de faire au préalable un bilan général des tâches médicales du médecin d'entreprise.

Pour cela, il nous suffit de reprendre le décret du 26 novembre 1946 portant application de la loi du 11 octobre 1946 relative à l'organisation des Services Médicaux du Travail.

Nous y trouvons au titre II :

» Art. 10. — ... Que tout salarié fera obligatoirement l'objet d'un examen avant l'embauchage ou au plus tard dans les dix jours qui suivent l'embauchage. L'examen comportera une radioscopie pulmonaire.

» Art. 11. — Tous les salariés seront obligatoirement tenus à un examen médical au moins une fois par an ; les sujets de moins de 18 ans le seront tous les trois mois.

» En outre, le médecin se conformera aux différentes prescriptions relatives aux travaux dangereux.

» Art. 12. — Sous réserve que le Médecin du Travail n'a pas à exercer de contrôle sur les justifications médicales données par le salarié lors de ses absences, dans certaines formes d'absentéisme, « les salariés devront subir, lors de la reprise, une visite médicale dans le but de mettre en évidence les rapports qui peuvent exister entre les conditions de travail et leurs maladies... »

Nous ajouterons à ces attributions légales une tâche dont les possibilités d'existence étaient envisagées dans l'article 15

du même décret, article supprimé par décision du Conseil d'Etat, tâche qui cependant a persisté car liée à la psychologie ouvrière. Nous y reviendrons.

Connaissant maintenant les tâches du médecin d'entreprise, envisageons à quelles occasions et comment celui-ci pourra entrer en contact avec ses confrères.

A) Relations avec les médecins traitants

Trois éventualités sont à envisager :

1° L'examen médical d'embauche ou l'examen périodique révèle au médecin examinateur une affection jusque-là méconnue ; dans cette éventualité, il est du devoir de ce dernier, d'abord d'en avertir l'intéressé, ensuite de lui conseiller de s'adresser à son médecin traitant ; en troisième lieu, de faire part à celui-ci du résultat de ses investigations, par l'intermédiaire d'une lettre remise à l'intéressé lui-même ;

2° L'ouvrier malade va consulter son médecin sans passer par le médecin d'entreprise.

Dans un premier cas, l'affection relève de la pratique médicale courante et le diagnostic est facilement posé ; le médecin traitant, muni de tous les renseignements que lui a fourni l'examen de son malade et souvent la longue connaissance de son client, devrait en informer son confrère de l'usine et ne pas se borner comme cela est encore trop fréquent, à rédiger un certificat du type suivant : « ... L'état de santé de M. X... nécessite un travail léger... » Ceci, dans l'intérêt du médecin d'usine qui, au vu du certificat du type ci-dessus, est obligé de proposer un changement de poste non sans avoir établi un nouveau bilan physio-pathologique ; et aussi dans l'intérêt du salarié dont on connaît la tendance trop fréquente à l'absentéisme.

Dans un deuxième cas, c'est dans l'intérêt du médecin traitant que peut s'établir la liaison ; en voici un exemple qui nous a été donné par le médecin d'une importance entreprise de la région bordelaise :

Il y a quelques mois, M. X..., employé de cette usine, va consulter son médecin traitant. Les troubles qu'il

présente, par leur banalité, ne permettent pas à celui-ci de porter un diagnostic ; mais au cours de l'interrogatoire, le malade a parlé de benzol, produit avec lequel il serait en contact. Se trouve-t-on en présence d'une intoxication benzolique au début? Dans le doute, le médecin praticien s'adresse à son confrère de l'entreprise ; la réponse de ce dernier, si elle ne permet pas de porter de façon certaine un diagnostic précis, permet tout au moins d'éviter une erreur : le poste de travail auquel est affecté le sujet ne comporte pas l'utilisation du benzol, mais, par contre, présente des riques d'oxycarbonisme.

Le médecin praticien ignorant des conditions de travail de son client et peut-être pas très au courant de la pathologie professionnelle, n'a pas hésité à faire appel à la compétence de son confrère et ce, pour le plus grand bien de l'ouvrier.

Il est à signaler d'ailleurs que cette compétence en matière de maladies professionnelles a été reconnue par le législateur qui, de ce fait, à abroger le paragraphe II de l'article 19 du décret du 26 novembre 1946, et l'a remplacé par les dispositions suivantes :

« En outre, lorsqu'il constatera (le Médecin du Travail), une maladie professionnelle indemnisable, le médecin remettra au salarié :

» 1° Le modèle de la déclaration qu'il incombera à ce dernier de faire suivant la législation en vigueur ;

» 2° Le modèle de certificat médical prévu à l'article 73 de la loi du 30 octobre 1946 ; celui-ci sera rempli au choix de l'intéressé, soit par le médecin traitant, *soit par le Médecin du Travail* » (décret n° 51.921 du 7 juillet 1951).

3° La troisième éventualité que nous allons étudier maintenant est certainement la plus fréquente ; elle est celle de la sollicitation de soins ou de conseils de santé ; pour s'en rendre compte, il suffit de voir la salle d'attente du service médico-social d'une entreprise.

Nous avons dit plus haut que cette éventualité avait été envisagée par le législateur, puis supprimée par décision du Conseil d'Etat, à la demande des Syndicats Médicaux.

En effet, à l'article 15 du décret du 26 novembre 1946, on pouvait lire :

« Au siège du Service médical, le Médecin du Travail peut donner des soins aux salariés atteints d'accidents ou de maladies professionnelles donnant droit à déclaration obligatoire lorsque ceux-ci n'entraînent pas la cessation du travail. En aucun cas, le libre choix du salarié ne doit être entravé... »

On lisait aussi : « Il peut (le Médecin du Travail) occasionnellement assurer certains soins prescrits par le médecin traitant, en accord avec lui et, exceptionnellement, délivrer une ordonnance pour une affection médicale bénigne. »

Il y était même indiqué qu'en cas de maladie professionnelle, le Médecin du Travail pouvait être appelé en consultation par le médecin traitant.

Les syndicats médicaux, arguant de la contradiction entre les termes de cet article et la formule « exclusivement préventif » de la loi du 11 octobre 1946, ont demandé et obtenu la suppression de l'article 15.

La loi est donc formelle : le Médecin du Travail n'a pas à dispenser de soins, hormis cependant les soins d'urgence pratiqués en application de l'article III du Code de déontologie, qui fait « une obligation impérieuse à tout médecin de porter secours d'extrême urgence à un malade en danger immédiat ».

Mais si la loi est loi, la psychologie ouvrière est autre chose. Pour la plupart, les ouvriers ne font pas de différence entre Médecin du Travail et Médecin traitant. Pour eux, ce sont des «médecins», et quand ils vont consulter l'un ou l'autre, ils considèrent que la conclusion logique de cette consultation est l'élaboration d'une thérapeutique. Or, le fait que le médecin de son entreprise se bornera à leur dire devant un point blanc sur une amygdale d'aller voir leur médecin traitant, ne peut que le déprécier à leurs yeux. La conséquence en est qu'ils perdent confiance en celui-là et tous les médecins savent bien que la valeur d'un examen, où qu'il soit pratiqué, est en grande partie fonction de la confiance que met l'examiné dans l'examinateur.

On peut signaler aussi que devant ces faits, les Comités d'entreprises peuvent vouloir créer des dispensaires de soins en dehors et à côté des Services de Médecine du Travail, sans que les Syndicats Médicaux puissent s'y opposer.

Dans ces conditions, quelle doit être l'attitude du médecin d'entreprise sollicité pour un conseil de santé?

Dans un premier cas, il se trouve en présence d'une affection bénigne : angine à son début, état grippal saisonnier, rhume de cerveau, etc... ; peut-on alors lui reprocher la dispensation sur place de fumigations, gargarismes, gouttes nasales, comprimés d'aspirine et autres, tous thérapeutiques mineures. Il nous semble que non, car il ne lèse pas, dans la majorité des cas, les intérêts du médecin traitant, le plus souvent le malade se serait contenter de s'adresser au pharmacien ; d'autre part, il sert même les intérêts de l'ouvrier en essayant d'arrêter au début une affection qui pourrait s'aggraver ; enfin, en troisième lieu, il accomplit une des tâches qui lui est impartie, à savoir la lutte contre l'absentéisme.

Dans un deuxième cas, le Médecin du Travail se trouve en présence d'une affection sérieuse, nécessitant une thérapeutique suivie. Dans ce cas, il a le droit de mettre tout en œuvre pour parfaire son diagnostic, même au besoin faire appel aux examens de laboratoire nécessaires, mais il doit s'abstenir de tous actes thérapeutiques qui sont du ressort du médecin traitant, auquel le sujet sera immédiatement adressé.

Il résulte donc bien de ce que nous venons de voir, que médecins praticiens et Médecins du Travail ont une préoccupation commune : la santé de l'homme. Si l'un voit l'homme en tant que malade, si l'autre le voit en tant que travailleur, le but suprême qu'ils poursuivent est le même.

Ils ont donc intérêt à former une équipe très homogène, et pour que cette équipe ne soit pas sujette à démembrement, il nous apparaît qu'il suffit à l'un et à l'autre d'exercer leur art chacun dans leur domaine avec toute leur conscience.

Cela suffira, semble-t-il, à éviter les empiètements de l'un sur les prérogatives de l'autre, source de mésentente.

B) Relations avec les spécialistes

Souvent, il arrive que le problème du diagnostic nécessite l'examen par un spécialiste.

Deux solutions s'offrent au Médecin du Travail : ou bien adresser le malade à son médecin traitant en demandant à celui-ci de bien vouloir faire pratiquer l'examen par le spécialiste de son choix ; ou bien adresser le malade directement à ce dernier.

Si la première solution paraît être la plus déontologique, la deuxième semble avoir, dans la majorité des cas, la faveur des médecins d'usine. Les raisons invoquées par ceux-ci semblent valables :

a) Il est difficile d'imposer à un confrère une directive quelconque ;

b) L'orientation directe vers le spécialiste représente souvent un gain de temps important et, par ailleurs, évite des erreurs d'aiguillage trop fréquentes, liées à l'ignorance des malades.

C) Liaisons avec les autres médecins d'entreprise

Lorsqu'un ouvrier quitte une entreprise pour s'embaucher dans une autre, la communication de son dossier au médecin de la nouvelle entreprise ne peut que faciliter la tâche de ce dernier. Sans vouloir aller jusqu'à la remise systématique du double du dossier à tout ouvrier partant, il ne nous semble pas que répondre à la demande d'un confrère désireux d'être informé du passé pathologique du nouvel embauché soit une violation du secret professionnel, à la condition expresse toutefois que cette transmission se fasse avec *l'agrément et par l'intermédiaire de l'ouvrier lui-même.*

En outre, il n'est pas à insister sur l'intérêt de l'établissement de relations étroites entre les divers Médecins du Travail d'une même région. Les travaux des différentes Sociétés de Médecine du Travail en font foi.

Chapitre IV

LA MÉDECINE DU TRAVAIL ET L'ORIENTATION PROFESSIONNELLE

« L'orientation professionnelle est l'ensemble des opérations qui précèdent le placement des jeunes gens et des jeunes filles dans le Commerce ou l'Industrie et qui ont pour but de révéler leurs aptitudes physiques, morales et intellectuelles. »

Telle est la définition que le législateur a donné de l'orientation professionnelle dans son décret du 26 septembre 1922, article 1er.

Organisée en Centres d'orientation professionnelle, elle n'est pas, comme on pourrait s'y attendre, placée sous l'autorité du Ministère du Travail, mais sous celle du Ministère de l'Education nationale, par l'intermédiaire de la Direction de l'Enseignement technique. La raison en est que le législateur estimant que « l'éducation professionnelle est d'autant plus fructueuse qu'elle s'adresse à des jeunes gens dont les goûts et les aptitudes répondent aux exigences du métier » (préambule au titre II du décret-loi du 24 mai 1938), a jugé que les problèmes de l'orientation et de la formation étaient inséparables.

Le but qu'elle poursuit est de définir pour chacun la place qui lui convient le mieux.

Pour atteindre ce but, comment procède-t-elle?

D'une part, en établissant un dossier sur lequel sont notées toutes les indications d'ordre scolaire, médical,

social et familial, qu'ont pu recueillir l'instituteur, le médecin, l'assistante sociale et la famille ; et, d'autre part, en procédant à un examen psychotechnique qui permettrait de mieux affirmer certaines caractéristiques ressortant de l'examen du dossier et même d'en mettre d'autres en lumière.

Nous n'insisterons pas sur les méthodes employées et leur valeur, la psychotechnique faisant l'objet de la thèse de notre ami VALETTE, préparateur du laboratoire de Médecine légale et de Médecine du Travail. Ces examens sont évidemment complétés par un examen médical approfondi.

Il reste alors au conseiller d'orientation, en possession des résultats des différentes épreuves, renseigné sur les aptitudes physiques et psychiques du sujet, à trouver la profession qui lui conviendra le mieux. Pour cela, il faut qu'il connaisse d'une façon parfaite les exigences de chaque poste de travail.

Les examens pratiqués dans les Centre d'orientation apparaissent donc au premier abord semblables à ceux pratiqués dans les Services de main-d'œuvre ou dans les Services médicaux d'entreprise lors de l'embauchage. En réalité, certaines différences les distinguent de ceux-ci :

1° Les sujets examinés dans les Centres d'orientation sont des jeunes, en fin de scolarité, ou au plus âgés de 18 ans, et n'ayant jamais travaillé, sauf exception. Ici, c'est une orientation, dans les Services de main-d'œuvre et les Services médicaux d'usines, c'est une sélection ;

2° Les orienteurs, s'ils ont peut-être une connaissance parfaite de cette science nouvelle qu'est la psychotechnique, ne peuvent que difficilement connaître d'une façon précise les diverses exigences professionnelles dont les Médecins du Travail, eux, sont très avertis ;

3° Les Services de main-d'œuvre, nous l'avons vu, tiennent compte pour leur décision, en particulier, des prévisions des fluctuations du marché du travail. L'orientation professionnelle ne semble pas encore bien imprégnée de ces notions ;

4° L'orientation professionnelle n'a pas, comme les médecins d'entreprise, la possibilité de suivre directement l'adaptation des sujets qu'elle a orientés ;

5° Enfin, donner un conseil qui peut avoir une influence déterminante sur l'avenir d'un sujet, en s'appuyant un peu trop exclusivement, semble-t-il, sur une science dont un psychotechnicien a dit lui-même « qu'il serait illusoire et même un peu prétentieux de vouloir aujourd'hui déjà la considérer comme une science parfaitement au point », peut sembler pour le moins imprudent.

Il est vrai que nous n'en sommes encore qu'au stade du « conseil d'orientation ».

Il apparaît donc bien que l'orientation professionnelle ne prendra une valeur réelle que le jour où elle s'effectuera en collaboration étroite avec tous ceux qui s'intéressent à « l'homme au travail » et plus particulièrement avec l'Inspection du Travail et les Services médico-sociaux d'entreprises.

Chapitre V

LE SECRET PROFESSIONNEL ET LA MÉDECINE DU TRAVAIL

« Les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toute autre personne dépositaire, par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui hors les cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateur, auront révéler ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un à six mois et d'une amende de 100 à 500 francs » (article 378, § 1, du Code Pénal).

Au terme de cette rapide revue générale des rapports du Médecin du Travail avec les Services extérieurs à l'entreprise, il nous a paru bon de rappeler cet article de loi qui s'applique à celui-ci comme à tous les médecins et d'essayer de voir comment peuvent se concilier l'impératif de la loi et les exigences de la mission véritablement d'ordre public de la Médecine d'entreprise, mission qui, nous l'avons vu, l'amène à des contacts très étroits avec divers organismes.

Disons tout de suite que le problème du secret professionnel en matière de Médecine du Travail est double, car il se pose d'une part, au point de vue médical, d'autre part, au point de vue technique.

I. — LE SECRET TECHNIQUE

Il est imposé à tous les membres de l'entreprise, y compris le médecin et ce d'autant plus que celui-ci est en droit d'exiger la plus grande précision quant aux substances

utilisées et aux techniques de fabrication. La stricte observation de ce secret technique subsiste même après l'expiration du contrat de travail.

Ce principe admet une seule dérogation : la déclaration des maladies professionnelles. Il y a, à ce sujet, deux éventualités à envisager :

1° La maladie n'est pas indemnisable mais peut présenter un caractère professionnel : l'article 17 du décret du 26 novembre 1946 indique que le Médecin du Travail doit en faire la déclaration (sous une forme spéciale n'ayant pas de caractère médical), même si le produit en cause est sous couvert du secret technique. Cette déclaration est faite à l'Inspecteur du Travail, lequel est lui-même astreint au secret technique.

2° La deuxième éventualité est beaucoup plus complexe ; en effet, dans le cas d'une maladie professionnelle indemnisable, le décret du 7 juillet 1951 autorise le Médecin du Travail à établir le certificat réglementaire ; mais le principe du libre choix devant être respecté, l'ouvrier a la possibilité de demander à son médecin traitant l'établissement de ce certificat, ce qui implique pour celui-ci la connaissance du produit incriminé. Or, les médecins praticiens ne sont pas tenus au secret technique comme les Médecins du Travail ; le décret du 7 juillet n'apporte donc qu'une solution insuffisante à ce problème.

II. — LE SECRET MÉDICAL

Le respect du secret médical est capital, car il représente l'élément fondamental de l'esprit de confiance qui doit régner entre l'ouvrier et le médecin de son entreprise.

A l'intérieur de l'entreprise, nous nous bornerons à rappeler que :

« Toutes dispositions matérielles nécessaires doivent être prises pour assurer le secret médical et l'inviolabilité du

fichier détenu par le médecin » (article 10 du décret du 26 novembre 1946) ;

Avec le Docteur FEIL, « que le Médecin du Travail doit prendre toutes précautions à l'égard de ses auxiliaires directs et ne permettre la manipulation des fiches individuelles qu'aux personnes astreintes au secret professionnel comme lui-même ».

Enfin, avec le Professeur MAZEL, que le médecin doit se borner à faire connaître à l'employeur, au Comité d'entreprise ou aux cadres, « la répercution du travail sur la santé de l'ouvrier et de la santé de l'ouvrier sur le travail », autrement dit qu'il doit se borner à leur donner les conclusions pratiques (aptitude, inaptitude) de l'examen auquel il s'est livré, à l'exclusion de tous renseignements d'ordre médical ou privé.

En dehors de l'entreprise, nous considérerons avec M. le Professeur DERVILLÉE, deux grands ordres de dispositions permettant aux médecins d'usines d'accomplir leur tâche sans enfreindre la loi sacrée du secret professionnel.

1° DÉROGATIONS D'ORDRE GÉNÉRAL

Elles sont au nombre de trois :

a) Déclaration des maladies pouvant avoir un caractère professionnel : le Médecin du Travail est tenu (article 19 du décret du 26 novembre 1946) de déclarer toutes les affections qu'il juge pouvoir relever du travail. Déclarations prévues à l'article 74 de la loi du 30 octobre 1946) ;

b) Etablissement de certificats en vue de la réparation des maladies indemnisables : le décret du 7 juillet 1951, modifiant les dispositions de l'article 19 du décret du 26 novembre 1946, autorise le Médecin du Travail à rédiger ces certificats, à condition de respecter le libre choix du salarié ;

c) Enfin, comme tous les médecins, le Médecin du Travail est tenu de faire la déclaration (simple ou nominale) des maladies vénériennes en période de contagion.

2° Dérogations intéressant particulierement le Médecin du Travail

Comme le fait remarquer M. le Professeur Dervillée, ce sont plutôt des dispositions qui, contenues dans le décret du 26 novembre 1946, permettent une conciliation entre les exigences du secret professionnel et celles de l'exercice d'une saine Médecine du Travail.

a) *Secret médical et Sécurité Sociale*

Nous avons vu que des relations entre Médecins du Travail et Sécurité Sociale peuvent s'établir :

— Dans le cadre de la loi sur les accidents du travail et des maladies professionnelles ;

— A l'occasion de la réparation des maladies indemnisables ;

— Enfin, lors des examens de santé.

Nous avons vu aussi que lors de ces derniers, dans le but d'éviter les doubles emplois, le Médecin du Travail remettait au salarié le double du dossier qu'il venait d'établir ; il en sera de même quand il s'agira de faire valoir les droits de l'ouvrier en application des lois sociales. La transmission de certains documents (examens radiologiques, examens hématologiques, etc...) se fera par *l'intermédiaire du salarié* et de cette façon le secret professionnel sera respecté.

Enfin, dans les enquêtes sur les maladies professionnelles, si le médecin conseil est autorisé à prendre connaissance du résultat de certains examens (examens hématologiques prévus par le décret du 23 août 1947 relatif à la prévention du benzolisme, par exemple), le médecin d'entreprise doit se refuser à lui montrer les fiches médicales individuelles.

b) *Secret professionnel et Inspection du Travail*

Une seule dérogation vient s'ajouter à celles déjà citées : les Inspecteurs du Travail ont le droit de consulter les

registres spéciaux, type cahier du benzolisme, mais ces registres ne doivent contenir que les renseignements suivants :

— Dates et durée d'absence des ouvriers ;

— Dates des certificats justifiant ces absences ;

— Dates des examens pratiqués, avec les seules mentions « aptitude » ou « inaptitude ».

Les Médecins Inspecteurs du Travail qui sont, eux, liés au secret médical, ont la possibilité de consulter les fiches médicales individuelles.

c) *Secret médical et médecins praticiens*

Nous avons vu que dans l'intérêt des travailleurs, des médecins praticiens et des médecins d'usines, devait s'établir une collaboration étroite. Cette collaboration ne peut s'envisager qu'à la seule condition que ceux-ci utilisent celui-là comme moyen de transmission.

d) *Secret médical et médecins des autres entreprises*

Il apparaît bien que la transmission du double du dossier médical de l'ouvrier partant au médecin de la nouvelle entreprise doit faciliter grandement le travail de ce dernier ; cette transmission qui, là aussi, doit se faire dans tous les cas par *l'intermédiaire de l'ouvrier*, ne doit pas être systématique. C'est à la demande du salarié qu'elle pourra se faire, celui-ci étant le seul à pouvoir juger si cette action est de nature à lui porter préjudice ou non.

CONCLUSIONS

Nous ne pouvons tirer de cette rapide mise au point que des conclusions d'ordre général.

1° L'homme au travail, le couple homme - machine, posant de multiples et complexes problèmes, nécessitent la mise en œuvre de disciplines différentes ;

2° Depuis que le législateur s'est penché sur ces problèmes, un grand nombre de textes ont été élaborés, créant diverses institutions et donnant à celles-ci des attributions, non pas absolument semblables, mais souvent superposables.

Si ces textes sont nombreux, quelques-uns seulement fixent les modalités de rapports entre ces différents organismes et la médecine du travail, et sont encore trop imprécis.

3° La Médecine du Travail apparaît cependant comme la pierre angulaire de cet édifice que le législateur a bâti dans le but louable de la défense de la santé des travailleurs ;

4° Les relations extérieures des Services médicaux d'entreprises sont multiples et diverses, mais elles manqueraient d'efficacité si elles se bornaient à celles qu'a fixées le législateur et si elles restaient purement administratives. Elles doivent être humaines, c'est-à-dire personnelles.

La Médecine du Travail doit être avant tout une médecine de liaison et de collaboration confiante.

5° Enfin, il semble bien que la volonté de tous donne raison aux paroles qu'a rappelées M. le Professeur Mazel

au Congrès International de Médecine du Travail de Londres (septembre 1948) :

« De l'usine où la matière entre informe et grossière et d'où elle sort ennoblie, parfois même chef-d'œuvre mécanique et véritable objet d'art, il ne faut pas que l'homme, lui, sorte diminué et dégradé. »

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et, s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes; si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu :
Pour le Doyen,
L'Assesseur : R. SIGALAS

Vu :
Le Président du Jury,
P. DERVILLÉE

VU ET PERMIS D'IMPRIMER.
Bordeaux, le 13 Novembre 1952.

Le Recteur,
E. DELAGE

BIBLIOGRAPHIE

BARTHE (R.). — *La Médecine du Travail* (Presses Universitaires de France, 1944).

BENDER. — « Relations extérieures du service médical d'entreprise : liaisons administratives » (*Le Médecin d'Usine*, année 1950, n° 4, p. 216).

— « Relations avec la Sécurité Sociale » (*Le Médecin d'Usine*, année 1951, n° 8, p. 417).

BOUR et SIEURIN. — *Vade-Mecum du Médecin du Travail* (Masson, 1952).

CHOFÉE. — « Médecine du Travail et Sécurité Sociale : le point de vue de la Sécurité Sociale » (*Annales de Médecine Sociale*, année 1952, n° 102, p. 282).

DERVILLÉE. — « Le secret professionnel du Médecin du Travail ; ses divers aspects » (*Journal de Médecine de Bordeaux*, année 1951, n° 12, p. 1050).

DESOILLE (H.). — *Cours de Médecine du Travail* (Librairie Le François, 1949).

DHERS, Mlle BECHETOILLE, TOLLOT. — « Surmenage dans le monde du travail » (*Archives des Maladies professionnelles*, année 1949, n° 2, p. 65).

DREYFUS. — « La Médecine du Travail, cette méconnue » (*Le Médecin d'Usine*, année 1949, n° 2, p. 515).

— « La Médecine du Travail, ses tendances, son évolution » (*Le Médecin d'Usine*, année 1949, n° 7, p. 395).

DURAND-DASTES. — « Une expérience de dépistage des fléaux sociaux » (*Le Médecin d'Usine*, année 1948, n° 7, p. 315).

FEIL. — « Le reclassement des accidentés du travail » (*Le Médecin d'Usine*, année 1949, nº 6, p. 470-473).

— « Les limites du secret professionnel dans le cadre de la Médecine du Travail » (*Le Médecin d'Usine*, année 1949, nº 5, p. 265).

FOURCADE. — « Le rôle du Médecin du Travail dans la prévention des accidents du travail » (*Le Médecin d'Usine*, année 1950, nº 2, p. 103).

— « Médecine du Travail et Sécurité Sociale : le point de vue du Médecin du Travail » (*Annales de Médecine Sociale*, année 1952, nº 102, p. 266).

HUBERT et DREYFUS. — « A propos du reclassement professionnel du diminué » (*Le Médecin d'Usine*, année 1948, nº 7, p. 306).

MAZEL. — « La Médecine du Travail, ses problèmes, ses perspectives d'avenir » (*Le Médecin d'Usine*, année 1950, nº 2, p. 67).

— « Discours de clôture du Congrès international de Médecine du Travail de Londres » (septembre 1949).

PROST. — « Relations extérieures du Service médical d'entreprise : liaisons confraternelles » (*Le Médecin d'Usine*, année 1950, nº 4, p. 226).

RAYMOND. — « Le rôle et la place de la Médecine du Travail » (*Archives des Maladies professionnelles*, année 1952, nº 3, p. 17).

SEYMOUR (W.-H.). — « Extending the potential of industrial haelth » (*Archives of industrial Hygiene and occupationnal Medecine*, année 1950, nº 2, p. 181).

SIMONIN. — *Précis de Médecine du Travail* (Maloine, 1950).

VALETTE. — *Psychotechnique et Médecine du Travail* (thèse de Bordeaux, octobre 1952).

VUILLET. — « Médecine du Travail et Médecine de soins » (*Le Médecin d'Usine*, année 1948, nº 7, p. 300).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 9

CHAPITRE PREMIER. — *La Médecine du Travail et la Sécurité Sociale* 11

1° La prévention des atteintes d'origine professionnelle . . 12

Le rôle du Médecin du Travail 12

Le point de vue de la Sécurité Sociale 14

Ses attributions légales 14

Ses projets 18

2° Les problèmes de la réparation et du reclassement . . . 18

Accidents n'entraînant pas arrêt du travail 19

Accidents ou maladies entraînant arrêt du travail . . . 20

3° La prévention des fléaux sociaux 22

CHAPITRE II. — *La Médecine du Travail et l'Inspection du travail* 25

La Médecine du Travail et les Services de main-d'œuvre 26

La Médecine du Travail et l'Inspection Médicale du Travail 29

CHAPITRE III. — *Liaisons avec les confrères* 33

1° Liaisons avec les médecins traitants 34

2° Liaisons avec les médecins spécialistes 38

3° Liaisons avec les autres médecins d'entreprise 38

CHAPITRE IV. — *La Médecine du Travail et l'orientation professionnelle* 39

CHAPITRE V. — *Le secret professionnel dans le cadre de la Médecine du Travail* 43

1° Secret technique 43

2° Secret médical 44

CONCLUSIONS 49

BORDEAUX
IMPRIMERIE R. SAMIE
21-23, Rue Teulère

—

1952

Dépôt légal n° 15.389 — 4e Trimestre 1952